SOLICITUD DE ENMIENDA (CAMBIO) O CORRECCIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Favor de escribir a máquina o con letra de molde la información del paciente:

Apellido	Nombre	IM	Fecha de Nacimiento (M/D/A)	Núm. de Expediente Médico
Dirección	Ciudad		Estado	Código Postal

Seleccione la unidad DHS a la que se dirige esta solicitud de enmienda

☐ Centro Médico LAC + USC	☐ Centro Nacional de Rehabilitación Rancho Los Amigos
☐ Centro Médico Olive View	☐ Centro de Multi-Servicios de Atención Ambulatoria High Desert
☐ Centro Médico Harbor-UCLA	☐ Centro de Multi-Servicios de Atención Ambulatoria Martin Luther King, Jr.
☐ Centro de Salud/CHC: _____	
☐ Otro: _____	
Nombre de la Unidad	Dirección
Ciudad	Estado
Código Postal	Código Postal

SOLICITE AL DHS ENVIAR LA RESPUESTA A ESTA SOLICITUD A:

Nombre	Número de Teléfono (incluir código de área)
Dirección	Número de FAX (incluir código de área)
Ciudad	Estado
Código Postal	Dirección de correo electrónico

DÍGANOS CUÁL ES LA INFORMACIÓN DE SALUD QUE QUIERE ENMENDAR (CAMBIAR) O CORREGIR:

DÍGANOS POR QUÉ CREE QUE LA ENMIENDA (CAMBIO) O CORRECCIÓN QUE ESTÁ SOLICITANDO ES ADECUADA O NECESARIA. DEBE PROPORCIONAR UNA RAZÓN:

MRUN

NAME

DOB/GENDER

t-HS1018